

Envíe la copia llena por correo a:

Department of Labor and Industry  
PO Box 64221  
St. Paul, MN 55164-0221  
(651) 284-5030 ó  
1-800-342-5354 (DIAL-DLI)

**R-2**  
**Plan de Rehabilitación**  
**(Rehabilitation Plan – Spanish version)**

Escriba las fechas en el formato MM/DD/AAAA.

NO USE ESTE ESPACIO

*Los datos privados o confidenciales que usted dé en este formulario se utilizarán para procesar su reclamación de compensación de trabajadores accidentados en el trabajo. Usted puede negarse a dar esta información, pero su solicitud podría demorarse o, bajo la Sección 176.275 de los Estatutos de Minnesota, el Departamento podría negarse a aceptar cualquier documento formal que no contenga información de identificación. Estos datos pueden suministrarse a los empleadores y los aseguradores de la fecha de lesión reclamada, al Departamento de Rentas Internas, al Departamento de Salud y a la Asociación de Reaseguro de Compensación de Trabajadores Accidentados en el Trabajo. También pueden utilizarse en audiencias de compensación de trabajadores accidentados en el trabajo y para investigaciones y estadísticas estatales.*

1. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL		2. FECHA DE LA LESIÓN		
3. NOMBRE DEL EMPLEADO				
4. DIRECCIÓN DEL EMPLEADO				
CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
5. TELÉFONO DEL EMPLEADO		6. FECHA DE NACIMIENTO		
7. NOMBRE DEL EMPLEADOR		8. PERSONA DE CONTACTO DEL EMPLEADOR		9. TELÉFONO
10. NÚMERO DE RECLAMACIÓN DEL ASEGURADOR		15. NOMBRE DEL QRC		
11. ASEGURADOR/AUTO-ASEGURADOR/ADMINISTRADOR TERCERO		16. NOMBRE DE LA FIRMA DEL QRC		
12. DIRECCIÓN DEL ASEGURADOR		17. DIRECCIÓN		
CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
13. REPRESENTANTE DE RECLAMACIONES	14. TELÉFONO	18. No. DEL QRC	19. No. DE LA FIRMA DEL QRC	20. TELÉFONO
21. Ocupación al momento de la lesión	22. Sueldo Promedio Semanal (AWW) antes de la lesión	25. Grado escolar más alto completado (seleccione uno)		
23. Trabajo en la fecha de la lesión: <input type="checkbox"/> A tiempo parcial <input type="checkbox"/> A tiempo completo		<input type="checkbox"/> a. No tiene diploma de escuela secundaria (preparatoria) ni GED <input type="checkbox"/> b. Diploma de escuela secundaria (preparatoria) o GED <input type="checkbox"/> c. Algunos estudios posteriores a la escuela secundaria (preparatoria) <input type="checkbox"/> d. Programa vocacional/técnico posterior a escuela secundaria (preparatoria) <input type="checkbox"/> e. Licenciatura <input type="checkbox"/> f. Maestría, doctorado o título profesional		
24. Situación de trabajo del empleado <input type="checkbox"/> a. Sin trabajar desde la fecha de la lesión hasta el comienzo de la rehabilitación <input type="checkbox"/> b. Realizando algo de trabajo entre la fecha de la lesión y el comienzo de la rehabilitación, sin trabajar al comienzo de la rehabilitación <input type="checkbox"/> c. Trabajando al comienzo de la rehabilitación		26. El empleado podría necesitar los servicios de un intérprete: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
28. Meta vocacional: <input type="checkbox"/> a. Regresar a trabajar con el mismo empleador <input type="checkbox"/> b. Regresar a trabajar con distinto empleador		27. Fecha de la consulta de rehabilitación (fecha de inicio)		
Comentarios:				

**PLAN DE REHABILITACIÓN VOCACIONAL**

<b>CATEGORÍA y CÓDIGO de SERVICIO (de VRI)</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>FECHA DE COMIENZO</b>	<b>FECHA DE TERMINACIÓN</b>	<b>DÍAS ESTIMADOS</b>	<b>COSTO PROYECTADO</b>
<b>TOTALES</b>					

Comentarios del empleado:

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD DEL EMPLEADOR/ASEGURADOR:** El empleador/asegurador entiende que es su responsabilidad pagar los servicios que razonablemente se requieran y de supervisar los costos y los límites de tiempo de los servicios. Sección 176.102, inciso 9 de los Estatutos de Minnesota y las Reglas de Minnesota 5220.1900, inciso 1g.

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD DEL CONSEJERO DE REHABILITACIÓN CALIFICADO (QRC):** Entiendo que soy responsable de la entrega a tiempo de los servicios que se especifican anteriormente de acuerdo con la Sección 176.102 de los Estatutos de Minnesota y las Reglas de Minnesota 5220.0100-1900 y convengo en cumplir a conciencia con mis deberes profesionales como Consejero de Rehabilitación Calificado para provecho de la rehabilitación del empleado. Si el costo proyectado de este plan se excede o si se requiere tiempo adicional para completar el plan, notificaré al comisionado y a las partes presentando una Enmienda al Plan de Rehabilitación (R-3) de conformidad con la Sección 176.102, inciso 8 de los Estatutos de Minnesota y las Reglas de Minnesota 5220.0510.

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD DEL EMPLEADO:** Entiendo que es mi responsabilidad cooperar con todas las personas involucradas con mi rehabilitación y convengo en hacer un esfuerzo de buena fe para participar en este plan. Esto incluye asistir a todas las citas y a las actividades programadas y obedecer los consejos médicos razonables.

**A LAS PARTES:** Si usted está en desacuerdo con el plan, tiene 15 días a partir de la fecha en que reciba el plan propuesto para resolver el desacuerdo u objetar al plan propuesto. La objeción debe presentarse al Departamento por medio de un formulario de Solicitud de Rehabilitación.

**Envíe una copia de este plan al proveedor de atención médica que está atendiendo al empleado si lo permiten las Reglas de Minnesota 5220.1802, inciso 5 (Reglas de Minnesota 5220.0410, inciso 7).**

**Adjunte una copia de su informe de evaluación inicial (Reglas de Minnesota 5220.1803, inciso 5).**

El empleado ha leído y ha firmado el formulario titulado "Derechos y Responsabilidades del Trabajador Lesionado"

El empleado ha leído y se niega a firmar el formulario titulado "Derechos y Responsabilidades del Trabajador Lesionado"

Firma del empleado	Fecha
Firma del representante de reclamaciones	Fecha
Firma del QRC	Fecha

*Este material está a su disposición en diferentes formas, tales como letra grande, Braille o en cinta. Para solicitarlo, llame al (651) 284-5030 o al 1-800-342-5354 (DIAL-DLI)/Voz o TDD (651) 297-4198.*

**CUALQUIER PERSONA QUE, CON LA INTENCIÓN DE DEFRAUDAR, RECIBA BENEFICIOS DE COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES ACCIDENTADOS EN EL TRABAJO A LOS QUE DICHA PERSONA NO TENGA DERECHO, HACIENDO A SABIENDAS DECLARACIONES FALSAS O ENGAÑOSAS O NO REVELANDO CUALQUIER HECHO ESENCIAL, ES CULPABLE DE ROBO Y SERÁ SENTENCIADA DE ACUERDO CON LA SECCIÓN 609.52, INCISO 3.**